



**Nombre del alumno: HATZIRY GÓMEZ  
HERNÁNDEZ**

**Nombre del profesor: DR. CARLOS  
MANUEL HERNANDEZ SANTOS**

**Nombre del trabajo: RESUMENES DE  
4TA UNIDAD**

**Materia: GERIATRIA**

**Grado: 6to**

**Grupo: B**

Comitán de Domínguez Chiapas a 05 de julio del 2025.

# ENF. TIROIDEA EN ADULTO MAYOR

## Cambios fisiológicos con la edad

- Disminuye la secreción de T3 (hasta 30 %) y T4 (25 %), con niveles libres habitualmente dentro del rango, mientras la TSH tiende a aumentar ligeramente
- La glándula se hace más fibrosa, pierde peso y aparece infiltración linfocitaria, aumentando tanto los nódulos como la prevalencia de bocio.
- La comorbilidad y los fármacos (litio, amiodarona, tirosina quinasa, etc.) pueden alterar T3 y T4, haciendo más difícil distinguir enfermedad tiroidea real de patrones reactivos
- Valores levemente elevados de TSH (hasta 7–8 mIU/L) pueden considerarse normales en este grupo

## Hipotiroidismo

- **Prevalencia:** ~5 % clínico, ~15 % subclínico
- **Etiología:** Hashimoto (anticuerpos en 30–76 %), iatrogénico tras cirugía o yodo radiactivo, o por fármacos
- **Presentación clínica:** signos inespecíficos o confundidos con envejecimiento: fatiga, intolerancia al frío, estreñimiento, deterioro cognitivo, bradicardia, piel seca, parestesias
- **Diagnóstico:** TSH elevada (confirmar en 2ª muestra), T4 libre baja o normal, acompañada de anticuerpos anti-TPO para hipotiroidismo autoinmune
- **Tratamiento:** Iniciar levotiroxina con dosis baja (12.5–25 µg/día; 0.5 µg/kg/día), ajustando cada 4–6 semanas evitando sobretratamiento por riesgo cardíaco y fracturas
- **Subclínico:** tratar si síntomas, TSH > 10, o dislipidemia grave; caso contrario, seguimiento

## Hipertiroidismo

- **Prevalencia clínico:** 0.5–2.3 % en mayores; subclínico en 3–8 % mujeres > 70 años
- **Causas:** Graves (raro en ancianos), bocio multinodular tóxico (~90 % mujeres > 70), adenomas tóxicos

- **Presentación:** "hipertiroidismo apático": pérdida de peso, apatía, debilidad, taquiarritmias (especialmente fibrilación auricular), constipación, osteopenia, fracturas
- **Diagnóstico:** TSH baja; si T4<sup>a</sup> libre normal, medir T3 para diferenciar tirotoxicosis por T3
- **Tratamiento:** antitiroideos (metimazol), betabloqueadores, tratamiento definitivo con radioyodo o cirugía según riesgo y expectativas

### **Nódulos tiroideos y cáncer**

- Aumentan con la edad; en hombres > 60 años nódulos mayores de riesgo maligno.
- Cáncer tiroideo en ancianos tiende a ser más agresivo (anaplásico o poco diferenciado), con mayor invasión local o metástasis.
- Evaluación con ecografía y biopsia guiada según criterios de tamaño y ecogenicidad.

## **ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA**

- La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) es una **patología inflamatoria progresiva e irreversible** de las vías respiratorias, caracterizada por una limitación crónica del flujo aéreo
- Su prevalencia aumenta con la edad: en mayores de 70 años puede llegar hasta el 23 %, incluso 50 % en varones con alto tabaquismo
- En adultos mayores, la EPOC está infradiagnosticada: hasta el 70% de los casos no se detecta

### Factores de riesgo

- Principal: tabaquismo (> 90 % de los casos)
- Otros: exposición al humo ambiental, contaminantes, polvos ocupacionales, combustión de madera o leña.

### Fisiopatología y cambios por edad

- Se observa inflamación bronquial, fibrosis, hipersecreción, pérdida de elasticidad alveolar, alteración del intercambio gaseoso
- El envejecimiento acelera estos procesos, con mayor prevalencia de miopatía, inflamación sistémica, sarcopenia y fragilidad.

## Presentación clínica en ancianos

- Síntomas típicos: tos crónica, expectoración, disnea progresiva, intolerancia al esfuerzo y cianosis
- Las comorbilidades (insuficiencia cardíaca, asma, bronquiectasias) enmascaran el diagnóstico
- Frecuentes complicaciones: arritmias, cor pulmonar, neumonías, neumotórax, osteoporosis, desnutrición, deterioro cognitivo, ansiedad/depresión, mayor riesgo de caídas

## Diagnóstico

- La espirometría post-broncodilatador es esencial: FEV1/FVC <70 % confirma EPOC
- En mayores, esta prueba puede resultar difícil por sarcopenia, hipoacusia o déficit cognitivo, requiriendo adaptación

Clasificación: Según GOLD, según el grado de obstrucción (FEV1 post-broncodilatador):

1. Leve  $\geq 80$  %
2. Moderado 50–80 %
3. Grave 30–50 %
4. Muy grave <30 % (o insuficiencia respiratoria)

## Tratamiento integral

- a) Manejo broncodilatador e inhaladores: Broncodilatadores (beta-2, anticolinérgicos) y corticoides inhalados según gravedad.
- b) Rehabilitación pulmonar: Fisioterapia respiratoria y programas de rehabilitación mejoran disnea, capacidad de esfuerzo y calidad de vida
- c) Oxigenoterapia: Indicado en hipoxemia crónica para reducir mortalidad.
- d) Abandono del tabaco: La medida más efectiva para mejorar pronóstico y aumentar la supervivencia.
- e) Vacunas y prevención de exacerbaciones: Vacunación antigripal anual y contra neumococo, además de autocuidado.
- f) Nutrición y ejercicio: Control nutricional para prevenir sarcopenia, desnutrición y pérdida de peso. Actividad física adaptada mejora función pulmonar

## Comorbilidades y síndromes geriátricos

- La fragilidad se asocia con mayor mortalidad.
- Comorbilidades frecuentes: cardiovasculares, osteoarticulares, nutricionales, cognitivas, psiquiátricas.
- Gestión médica compleja por polifarmacia e iatrogenia, necesidad de adaptar dispositivos de inhalación

## **EPOC**

La EPOC es una enfermedad respiratoria crónica y progresiva caracterizada por obstrucción persistente del flujo aéreo, no completamente reversible. Incluye bronquitis crónica y enfisema.

### Epidemiología

- Muy frecuente en mayores de 65 años.
- Subdiagnosticada: síntomas confundidos con envejecimiento normal.
- Principales factores de riesgo: tabaquismo, exposición a biomasa, contaminación ambiental.

### Fisiopatología en el anciano

- Inflamación crónica de vías aéreas + destrucción alveolar.
- El envejecimiento pulmonar aumenta la rigidez torácica y disminuye el intercambio gaseoso.
- Mayor susceptibilidad a infecciones, exacerbaciones y deterioro funcional.

### Síntomas (pueden ser atípicos en ancianos)

- Disnea progresiva
- Tos crónica con o sin expectoración
- Intolerancia al ejercicio
- Fatiga, caídas, confusión en exacerbaciones

### Diagnóstico

- Espirometría: FEV1/FVC < 70% posbroncodilatador.
- En ancianos puede ser difícil de realizar → se requiere paciencia y entrenamiento.
- Evaluar comorbilidades: IC, asma, fragilidad, deterioro cognitivo.

### Tratamiento (adaptado al adulto mayor)

- Broncodilatadores inhalados (anticolinérgicos +  $\beta 2$  agonistas) → revisar técnica y tipo de dispositivo.
- Corticoides inhalados si exacerbaciones frecuentes.
- Oxigenoterapia en hipoxemia crónica.
- Rehabilitación pulmonar y actividad física adaptada.
- Vacunas (influenza, neumococo, COVID-19).
- Nutrición adecuada para prevenir pérdida muscular.

#### Consideraciones geriátricas clave

- Alta prevalencia de fragilidad, sarcopenia, desnutrición y depresión.
- Mayor riesgo de hospitalización, dependencia y mortalidad.
- Requiere enfoque multidisciplinario (geriátrica, neumología, fisioterapia, nutrición).
- Priorizar calidad de vida, adherencia al tratamiento y prevención de exacerbaciones.

## **TRANSTORNO DE LA DEGLUCION**

- La disfagia orofaríngea es la dificultad para el paso del bolo alimentario desde la boca hasta el esófago, considerada un síndrome geriátrico emergente frecuente en mayores de 60 años
- Su prevalencia en la comunidad es del 10–30 %, y puede alcanzar hasta el 50 % en hospitalizados o en hogares geriátricos

#### Cambios fisiopatológicos con la edad (“presbifagia”)

- Reducción de masa y fuerza muscular (lengua, faringe, suprahióideos), disminución de sensibilidad oral, y enlentecimiento neuromuscular
- Estos cambios provocan dificultades sutiles en las fases oral y faríngea, dificultando el inicio de la deglución y aumentando la retención de bolo o el riesgo de aspiración

#### Tipos de disfagia

- Orofaringea: problemas en formar y transportar el bolo (tos, necesidad de múltiples tragos, regurgitación nasal, residuos en boca)
- Esofágica: obstáculo en el esófago tras el paso inicial (trastornos peristálticos, estrangulamientos, lesiones)

#### Etiologías comunes en geriatría

- Cambios neuromusculares por envejecimiento, sarcopenia, enfermedades neurológicas (ACV, Parkinson, Alzheimer, demencias frontotemporales)

- Causas estructurales, iatrogénicas o por patologías como cáncer, reflujo, fármacos (benzodiazepinas)

#### Consecuencias clínicas

- Neumonía por aspiración, desnutrición, deshidratación, pérdida de peso y fragilidad aumentada
- Impacto directo en calidad de vida, dependencia y riesgo de complicaciones graves .

#### Diagnóstico

- Evaluación clínica con historia y examen: movilidad labial/lingual, reflejos, capacidad de manejo de saliva
- Test validado como el MECV-V (expansión volumen-viscosidad), para detectar seguridad y eficacia
- Pruebas instrumentales: videofluoroscopia, fibroendoscopia en la deglución

#### Manejo terapéutico multidisciplinario

##### a) Ajustes nutricionales y texturas

- Texturas adaptadas, uso de espesantes, purés, líquidos controlados

##### b) Medidas posturales y estrategias compensatorias

- Posturas seguras y entrenamiento conductual para mejorar eficiencia y seguridad durante la deglución.

##### c) Cuidado bucodental riguroso

- Fundamental higiene oral tras cada ingesta para reducir riesgo de aspiración de secreciones infectadas

##### d) Estimulación sensorial

- Uso de agonistas TRP naturales (capsaicina, piperina, mentol) aún en investigación

##### e) Alimentación no oral

- Consideración de sonda nasogástrica o gastrostomía si la oral no es segura o suficiente en varios días

##### f) Rehabilitación logopédica/fonoaudiológica

- Ejercicios y técnicas para reforzar la musculatura deglutoria, con preferencia por mantener alimentación oral

### 8. Enfoque preventivo y seguimiento

- Detección temprana con protocolos en hospitales residencias y consulta externa
- Trabajo conjunto entre médicos, enfermería, logopedas, nutricionistas, odontólogos y cuidadores

## INFECCIONES

- El envejecimiento conlleva inmunosenescencia e inflamación crónica (“inflamm-aging”), lo que aumenta la susceptibilidad a infecciones y complica su presentación y evolución
- Las infecciones son causa fundamental de morbi-mortalidad y aceleran el declive funcional en mayores de 65 años .

### Presentación clínica atípica

- Los síntomas clásicos (fiebre, dolor localizado, leucocitosis) pueden estar ausentes. En su lugar, aparece confusión, caídas, anorexia, debilidad o exacerbación de comorbilidades .
- La demora diagnóstica es frecuente y agrava el pronóstico .

### 3. Tipos de infecciones comunes

Tipo	Factores de riesgo	Características
Neumonía	Disminución del reflejo de tos, mucociliar y función pulmonar	Alta mortalidad, puede presentarse sólo con confusión o caídas
IVU	Estasis urinaria, sondas, diabetes, incontinencia	A menudo asintomática; confusión, delirium o deterioro funcional
Infecciones de piel y partes blandas	Piel frágil, úlceras por presión, inmovilidad	Presentaciones silenciosas, riesgo de celulitis o bacteriemia
Herpes zóster	Baja inmunidad celular con la edad	Dermatomes dolorosos; tratamiento temprano con antivirales

Tipo	Factores de riesgo	Características
Sepsis/bacteriemia	Comorbilidad, catéteres, hospitalización	Rápida progresión con alta mortalidad; sepsis urinaria o pulmonar frecuentes
Gastrointestinales y CDI	Microbiota alterada, polifarmacia	Diarrea, deshidratación, riesgo de caídas y malnutrición

### Diagnóstico

- Requiere alta sospecha clínica ante signos atípicos.
- Evaluaciones iniciales incluyen: analítica (hemograma, PCR, lactato), orina, hemocultivos, Rx tórax, según sospecha
- En IVU, el tratamiento debe basarse en síntomas: evitar tratar bacteriuria asintomática

### Tratamiento

1. Inicio rápido de antibióticos empíricos, preferentemente IV en infecciones graves, ajustando según cultivo y función renal/hepática .
2. Elegir antimicrobianos seguros en ancianos (aminopenicilinas, cefalosporinas → evitar aminoglucósidos, ajustar dosis) .
3. Desescalada rápida una vez se identifique el patógeno.
4. En herpes zóster, iniciar antivirales en <72 h para aliviar dolor agudo y prevenir neuralgia postherpética

### Prevención

- Vacunación: neumococo, influenza, herpes zóster, tétanos/difteria .
- Higiene adecuada, evitar catéteres innecesarios, controlar factores predisponentes (desnutrición, inmovilidad, polimedicación).
- Programas de detección temprana y seguimiento en residencias o centros de salud .

### Enfoque geriátrico integral

- Requiere valoración multidimensional: funcional, nutricional, cognitiva.
- Involucrar equipo interdisciplinario (geriatría, enfermería, farmacia, rehabilitación) para evitar complicaciones y preservar autonomía .

## **SEPSIS EN EL ANCIANO**

La sepsis es una disfunción orgánica potencialmente mortal causada por una respuesta desregulada del cuerpo a una infección.

Sepsis en geriatría = emergencia médica frecuente con mayor riesgo de mortalidad y discapacidad.

### Epidemiología

- Mayor incidencia en mayores de 65 años (hasta 60% de los casos).
- Mortalidad 2 a 3 veces mayor en ancianos que en adultos jóvenes.
- En geriatría, la sepsis puede ser subdiagnosticada por su presentación atípica.

### Cambios fisiológicos con la edad que aumentan riesgo

- Inmunosenescencia: disminución de la respuesta inmune innata y adaptativa.
- Disminución de reserva funcional cardíaca, renal, hepática.
- Mayor riesgo de disfunción orgánica precoz, incluso con infecciones leves.
- Comorbilidades (diabetes, EPOC, IRC, cáncer, demencias) aumentan susceptibilidad.

### Presentación clínica atípica

En ancianos, la sepsis no siempre se presenta con fiebre o taquicardia.  
Síntomas frecuentes:

- Delirium agudo (confusión súbita)
- Caídas sin causa aparente
- Anorexia, debilidad, incontinencia nueva
- Hipotermia o temperatura normal
- Hipotensión o taquipnea leves

### Diagnóstico

- Usar el criterio SOFA / qSOFA adaptado:
  - $FR \geq 22$  rpm
  - $PAS \leq 100$  mmHg
  - Glasgow  $< 15$
- Pruebas útiles:
  - Hemocultivos, PCR, procalcitonina
  - Urocultivo, Rx de tórax, gasometría
  - Control de función renal, hepática y ácido-base
  - Evaluar foco (pulmonar, urinario, piel, abdominal)

### Tratamiento

- Inicio urgente de antibióticos de amplio espectro (en la primera hora si es posible)
- Reposición de volumen IV (cristaloides, 30 ml/kg)
- Control de foco: drenaje, cambio de sonda, cirugía si es necesario
- Soporte de órganos: oxígeno, vasopresores si hipotensión refractaria
- Monitoreo frecuente: signos vitales, diuresis, conciencia

#### Consideraciones geriátricas especiales

- Fragilidad, polifarmacia y deterioro cognitivo dificultan el diagnóstico y manejo.
- Ajustar dosis de antibióticos según función renal.
- Riesgo elevado de iatrogenia, delirio inducido por hospitalización.
- Valoración geriátrica integral es clave para guiar decisiones de ingreso, UCI y rehabilitación.

## **CARDIOPATÍA ISQUÉMICA EN EL ADULTO MAYOR**

La cardiopatía isquémica (CI) es el resultado de una disminución del flujo sanguíneo coronario, generalmente por aterosclerosis, que causa isquemia miocárdica.

Incluye:

- Angina estable
- Síndrome coronario agudo (SCA): angina inestable, infarto con/sin elevación del ST

#### Epidemiología

- Es la principal causa de muerte en adultos mayores.
- Su prevalencia aumenta con la edad: >30% en mayores de 75 años.
- Los síntomas pueden ser atípicos: disnea, debilidad, síncope o confusión en lugar de dolor torácico clásico.

#### Cambios fisiológicos con la edad

- Aumento de la rigidez arterial, hipertrofia ventricular, disminución de la reserva coronaria.
- Mayor probabilidad de enfermedad coronaria difusa y calcificada.
- Reducción de la respuesta al estrés físico y autonómico.

#### Manifestaciones clínicas en ancianos

- Síntomas típicos menos frecuentes: solo 50% presenta dolor torácico.

- Presentaciones comunes:
  - Disnea de esfuerzo o reposo
  - Fatiga inexplicada
  - Delirio o caída
  - Dolor epigástrico o confusión

## Diagnóstico

- ECG: puede mostrar cambios sutiles; útil pero menos sensible en mayores.
- Troponinas: fundamentales, pero considerar que otras patologías (IC, IR) pueden elevarlas.
- Ecocardiograma: evalúa función ventricular y regiones hipoquinéticas.
- Pruebas de esfuerzo o imagen: adaptadas al estado funcional.
- Coronariografía: útil, pero valorar riesgos vs beneficios en mayores frágiles.

## Tratamiento

### a) Médico

- Antiagregantes: AAS ± clopidogrel
- Betabloqueantes: si no hay contraindicación
- Estatinas: alta intensidad si toleradas
- Nitratos, IECA o ARA-II según indicación
- Control estricto de comorbilidades: HTA, diabetes, dislipidemia

### b) Invasivo

- Revascularización (angioplastia o cirugía): puede mejorar síntomas y pronóstico, pero valorar:
  - Fragilidad
  - Esperanza de vida
  - Riesgo quirúrgico (STS/EuroSCORE adaptados)

## Consideraciones geriátricas

- Mayor riesgo de efectos adversos por polifarmacia, hipotensión, bradicardia.
- Evaluar fragilidad, estado cognitivo y funcional antes de terapias invasivas.
- Importante ajustar el tratamiento a objetivos centrados en la calidad de vida.
- Rehabilitación cardíaca adaptada es muy beneficiosa.

## Prevención secundaria

- Abandono del tabaco
- Ejercicio regular adaptado

- Dieta saludable y control de peso
- Adherencia a medicación
- Manejo de comorbilidades (diabetes, HTA, insuficiencia renal)

## **OSEOPOROSIS Y FRACTURA POR FRAGILIDAD**

Osteoporosis es una enfermedad esquelética caracterizada por disminución de la masa ósea y alteración de la microarquitectura, lo que aumenta el riesgo de fracturas.

Las fracturas por fragilidad ocurren tras traumatismos mínimos (por ejemplo, caída desde la propia altura).

### Epidemiología

- Muy común en mayores de 65 años, especialmente mujeres posmenopáusicas.
- 1 de cada 3 mujeres y 1 de cada 5 hombres mayores de 50 años sufrirá una fractura osteoporótica.
- Las más frecuentes: vertebrales, cadera, radio distal y húmero proximal.

### Fisiopatología del envejecimiento óseo

- Con la edad hay:
  - Disminución de la formación ósea (actividad osteoblástica)
  - Aumento de la resorción ósea (actividad osteoclástica)
  - Pérdida de calcio y colágeno
- En mujeres, la caída de estrógenos postmenopáusicos acelera el proceso.
- En hombres, la pérdida es más lenta, pero importante tras los 70 años.

### Factores de riesgo

- Edad avanzada
- Sexo femenino
- Historia de fractura previa
- Inmovilidad o caídas frecuentes
- Déficit de vitamina D o calcio
- Tabaquismo, alcoholismo
- Uso crónico de corticoides
- Enfermedades: hipertiroidismo, insuficiencia renal, demencia, cáncer

### Diagnóstico

- Densitometría ósea (DEXA): T-score  $\leq -2.5$  = osteoporosis

- Fractura sin trauma mayor = osteoporosis clínica, incluso si el DEXA no está disponible
- Escalas: FRAX (riesgo de fractura a 10 años)
- Evaluar vitamina D, calcio, función renal, PTH

#### Fracturas por fragilidad

- Cadera: alta mortalidad (20–30% al año), pérdida de independencia
- Vertebrales: pueden ser silentes, provocan cifosis, dolor crónico, pérdida de talla
- Otros: muñeca, húmero, pelvis

#### Tratamiento

##### a) Farmacológico

- Calcio (1000–1200 mg/día) + vitamina D (800–1000 UI/día)
- Bifosfonatos (alendronato, risedronato): primera línea
- Denosumab: alternativa útil en pacientes con deterioro renal
- Otros: raloxifeno, teriparatida (en casos graves), romosozumab

*Duración y elección del tratamiento deben individualizarse según riesgo, edad, fragilidad y comorbilidades.*

##### b) No farmacológico

- Prevención de caídas (evaluar marcha, equilibrio, visión, calzado)
- Ejercicio de fuerza y equilibrio
- Revisión de medicación (evitar sedantes, hipotensores mal ajustados)
- Adaptación del hogar (eliminar alfombras, mejorar iluminación)

#### Enfoque geriátrico

- Las fracturas son eventos sentinela de fragilidad.
- Impactan en movilidad, independencia y esperanza de vida.
- Se recomienda abordaje multidisciplinario: geriatría, traumatología, fisioterapia, nutrición.
- En fractura de cadera: cirugía precoz + rehabilitación intensiva.

#### Prevención secundaria

- Todo paciente con fractura por fragilidad debe iniciar tratamiento para osteoporosis.
- Evaluación post-caída y seguimiento geriátrico para prevenir nuevas fracturas.

- Programa de "envejecimiento saludable" con ejercicio, nutrición y control de factores de riesgo.

## **ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA Y LESIÓN RENAL AGUDA**

En la población geriátrica, el deterioro de la función renal es frecuente y tiene un impacto directo en la morbilidad, funcionalidad y calidad de vida.

ERC y LRA comparten causas, se interrelacionan y requieren abordaje geriátrico integral.

### Cambios fisiológicos renales con la edad

- Reducción del filtrado glomerular estimado (FG) (~1 ml/min/año después de los 40 años)
- Esclerosis glomerular, fibrosis intersticial
- Reducción de la capacidad de concentración y dilución urinaria
- Menor respuesta a mecanismos de compensación → mayor riesgo de LRA y progresión de ERC

### ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA (ERC)

Definición: Reducción persistente del FG  $< 60$  ml/min/1.73 m<sup>2</sup> o daño renal estructural durante  $\geq 3$  meses.

### Etiologías frecuentes en ancianos

- Hipertensión arterial crónica
- Diabetes mellitus tipo 2
- Aterosclerosis
- Uso prolongado de AINEs o nefrotóxicos
- Enfermedades renales previas

### Clasificación (KDIGO)

Basada en el FG estimado (eGFR) y albuminuria:

- G1–G5 (de normal a falla renal terminal)
- A1–A3 (según grado de proteinuria)

### Diagnóstico

- Creatinina sérica + estimación del FG (usar fórmulas como CKD-EPI adaptadas)
- Albuminuria (cociente albúmina/creatinina en orina)

- Ecografía renal
- Evaluación de comorbilidades, medicamentos y estado funcional

### Complicaciones

- Anemia por déficit de EPO
- Trastornos hidroelectrolíticos (hiperkalemia, acidosis)
- Alteraciones óseas (osteodistrofia renal)
- Deterioro cognitivo, fragilidad y polifarmacia

### Manejo

- Control de factores de riesgo (HTA, glucosa)
- Restricción de nefrotóxicos (AINEs, contrastes)
- Dieta ajustada (proteínas, fósforo, potasio)
- Derivar a nefrología en estadios avanzados
- En ancianos muy frágiles: decidir individualmente sobre diálisis vs manejo conservador

### LESIÓN RENAL AGUDA (LRA)

Definición: Deterioro rápido y reversible de la función renal, generalmente en días.

Diagnóstico según criterios KDIGO:

- $\uparrow$  de creatinina  $\geq 0.3$  mg/dL en 48 h o
- $\uparrow \geq 1.5$  veces el valor basal en 7 días
- Oliguria  $< 0.5$  ml/kg/h por más de 6 h

### Causas frecuentes en el adulto mayor

- Prerenal: deshidratación, hipotensión, fármacos (IECA, diuréticos)
- Renal: nefritis, isquemia tubular, medicamentos tóxicos
- Postrenal: obstrucción (hiperplasia prostática, cálculos)

### Síntomas y hallazgos

- Disminución del volumen urinario
- Aumento rápido de creatinina
- Desequilibrios electrolíticos (hiperK, acidosis)
- Confusión, debilidad, náuseas (síntomas atípicos en geriatría)

### Diagnóstico en geriatría

- Control estricto de líquidos, balance hídrico

- Exámenes de sangre y orina
- Ecografía renal para descartar obstrucción
- Evaluar medicación y comorbilidades

#### Tratamiento

- Corregir causa base: hidratación, suspender nefrotóxicos
- Monitorizar líquidos y electrolitos
- Ajustar dosis de fármacos según función renal
- Diálisis si hay: sobrecarga de volumen, hiperK refractaria, acidosis severa

#### Enfoque geriátrico compartido (ERC y LRA)

- Fragilidad, polifarmacia y comorbilidades complican el manejo
- Individualizar decisiones terapéuticas según estado funcional y pronóstico
- Priorizar calidad de vida y evitar hospitalizaciones innecesarias
- Incluir equipo multidisciplinario (nefrología, geriatría, nutrición, trabajo social)

## **EVALUACION DEL ESTADO NUTRICIONAL**

- La malnutrición (por defecto o exceso) es frecuente en personas mayores y se asocia a:
  - Mayor riesgo de caídas y fracturas
  - Infecciones recurrentes
  - Retraso en cicatrización
  - Pérdida de masa muscular (sarcopenia)
  - Fragilidad, dependencia y aumento de la mortalidad

Hasta un 60% de adultos mayores hospitalizados o institucionalizados pueden presentar desnutrición o riesgo de desarrollarla.

#### Componentes de la evaluación nutricional en geriatría

##### a) Historia clínica nutricional

- Cambios recientes en el peso (>5% en 1 mes o >10% en 6 meses)
- Ingesta alimentaria reducida o inapetencia
- Cambios en hábitos alimentarios, dificultades para masticar o tragar (disfagia)
- Síntomas gastrointestinales (náuseas, diarrea, estreñimiento)
- Evaluación de medicación (efectos adversos que afectan apetito o absorción)

##### B) Examen físico

- Signos de malnutrición: pérdida de masa muscular, grasa subcutánea, edema

- Estado de la piel, cabello, uñas y mucosas
- Talla y peso actual, cálculo de IMC (aunque puede ser poco fiable en mayores)

#### c) Parámetros bioquímicos

- Albúmina y prealbúmina (orientan, pero se alteran con inflamación o enfermedad aguda)
- Hemoglobina
- Vitaminas (D, B12, ácido fólico)
- Proteínas totales, colesterol, electrolitos

#### d) Instrumentos validados en geriatría

Instrumento	Características	Uso
MNA (Mini Nutritional Assessment)	Incluye peso, IMC, preguntas de ingesta y funcionalidad	Más usado en geriatría; versión corta (MNA-SF) en atención primaria
SNAQ (Short Nutritional Assessment Questionnaire)	Pregunta sobre apetito y pérdida de peso	Rápido, útil para detección inicial
MUST (Malnutrition Universal Screening Tool)	Utiliza IMC, pérdida de peso y afección aguda	Útil en hospitales y residencias

#### Clasificación del estado nutricional

- Normal: buen IMC, peso estable, ingesta adecuada
- En riesgo: pérdida de peso reciente,  $IMC < 22 \text{ kg/m}^2$ , baja ingesta
- Desnutrición:
  - Leve: pérdida de peso 5–10% en 6 meses
  - Moderada: pérdida de peso >10%
  - Grave: pérdida de masa muscular evidente, signos clínicos

#### Factores contribuyentes en el anciano

- Trastornos dentales o disfagia
- Depresión o demencia
- Aislamiento social o pobreza
- Polifarmacia (fármacos anorexígenos o que interfieren con absorción)
- Enfermedades crónicas (cáncer, EPOC, insuficiencia cardíaca, renal)

#### Intervenciones

- Adaptar consistencias si hay disfagia
- Fraccionar comidas, uso de suplementos nutricionales orales
- Educación nutricional al cuidador
- Evaluar necesidad de soporte nutricional artificial (sonda nasogástrica, PEG) en contextos paliativos o funcionalmente dependientes

#### Enfoque geriátrico integral

- Relacionar estado nutricional con capacidad funcional, cognitiva y emocional
- Valorar peso corporal junto a masa muscular (sarcopenia)
- Integrar en la Valoración Geriátrica Integral (VGI)